

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 481

Quatre observations de stérilisation
chez des femmes
atteintes d'une affection médicale chronique

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 30 Juin 1938

PAR

William RIZK

Né le 15 Février 1911, à BALIANA (Egypte)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1938

Quatre observations de stérilisation
chez des femmes
atteintes d'une affection médicale chronique



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 481

Quatre observations de stérilisation
chez des femmes
atteintes d'une affection médicale chronique

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 30 Juin 1938

PAR

William RIZK

Né le 15 Février 1911, à BALIANA (Egypte)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ
PIC, CONDAMIN, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		
Clinique obstétricale et Accouchements		SAVY.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		VORON.
Clinique médicale infantile		BONNET.
Clinique gynécologique.....		FAVRE.
Clinique Oto-rhinc-laryngologie		LEPINE (J.).
Clinique urologique.....		MOURIQUAND
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		PATEL.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		COLLET.
Clinique des maladies infectieuses.....		GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		TAVERNIER.
Chimie biologique et médicale		COURMONT
Chimie organique et Toxicologie		J. CHALIER
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		FLORENCE
Anatomie		MOREL.
Histologie		MANCEAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		LATARJET.
Pathologie générale et thérapeutique		POLICARD.
Anatomie pathologique		HERMANN.
Chirurgie opératoire		X.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		CADE.
Médecine légale		J.-F. MARTIN.
Hygiène		COTTE.
Pharmacie et Pharmacologie		ARLONG (F.)
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		Etienne MARTIN
		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	REVOL	PONTHUS	LEVRAT
CHAMBON	ENSELME	CROIZAT	
CIBERT	SEDALLIAN	JOSSERAND	
EPARVIER	CREYSSSEL	DELORE	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président*; RHENTER, *assesseur* ;
EPARVIER et PIGEAUD.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Terminant nos études médicales et avant de quitter la France, nous tenons à rendre hommage à ce beau pays pour l'accueil qu'il nous a réservé.

Seconde patrie, où jamais un instant nous n'avons senti le poids de l'exil, nous la remercions de sa généreuse hospitalité.

Entouré d'amitiés sincères, dans une atmosphère de sympathie, notre vie d'étudiant s'y est déroulée agréable, calme et douce.

Hommage à la Faculté de Lyon, à nos Maîtres vénérés qui, par leur enseignement clair et précis, leur science, leur dévouement, ont su nous faire comprendre la grandeur et la noblesse de la tâche que nous avions entreprise.

Dans notre pays natal, au delà de la mer, nous emporterons de la France un ineffaçable souvenir.

A MES PARENTS

Leur vie n'a été qu'un perpétuel sacrifice pour nous. Nous leur dédions ce modeste travail, bien faible témoignage de mon amour filial et de ma profonde reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

Mon affection la plus profonde.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES CAMARADES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine

Leur vie n'a été qu'un perpétuel sacrifice pour nous. Nous leur dédions ce modeste travail, bien faible témoignage de mon amour filial et de ma profonde reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EPARVIER
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui ont bien voulu accepter de
faire partie de notre Jury. Nous nous
souviendrons toujours de leurs leçons
si instructives, et nous leur témoi-
gnons, avec nos respectueux hom-
mages, notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIGEAUD

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous prodiguer ses conseils éclairés pour son élaboration. Nous lui sommes très obligé de l'amabilité avec laquelle il nous a permis d'insérer les observations concernant notre travail. Qu'il veuille bien trouver ici un faible témoignage de notre profonde gratitude.

Quatre observations de stérilisation
chez des femmes
atteintes d'une affection médicale chronique

CHAPITRE PREMIER

Pendant que nous étions stagiaire dans le Service de Monsieur le Professeur Voron, nous avons assisté à une opération destinée à stériliser une femme atteinte de néphrite chronique grave et ayant présenté, à l'occasion de sa dernière grossesse, des accidents paroxystiques.

En même temps, M. le Professeur Voron nous parla des indications de la stérilisation. Celles-ci ne sont pas très rares, mais un certain nombre de malades paraissant devoir en bénéficier et, convoquées à cet effet deux mois après leur accouchement, ne reviennent pas dans le Service.

Il nous a paru intéressant de voir combien d'interventions avaient été en réalité pratiquées, au cours des huit dernières années, à la Clinique obstétricale.

Nous remercions Monsieur Pigeaud, qui nous a donné quatre observations du Service de Pathologie de la grossesse et qui a bien voulu nous aider à leur rédaction.

Avant de rapporter ces quatre observations, nous

passerons en revue, dans un court chapitre, les indications médicales de la stérilisation.

Puis, après un compte rendu, aussi complet que possible, des observations, nous commenterons les faits observés.

CHAPITRE II

* La Stérilisation, intervention destinée à supprimer chez la femme la possibilité de la conception et de la procréation, est indiquée, d'une manière générale, lorsque, par le fait d'un état pathologique existant chez elle, toute gestation ou tout accouchement est susceptible de mettre en danger sa vie ou de compromettre gravement sa santé.

Les indications générales de la Stérilisation sont très semblables à celles de l'avortement thérapeutique, mais elles ne sont pas identiques par le fait qu'elles correspondent à un état permanent ou chronique avec des complications de nature à se renouveler à chaque gestation, tandis que l'interruption de la grossesse peut être motivée par un état grave, momentané et nécessitant une intervention immédiate, mais qui ne se répétera pas nécessairement une autre fois.

Nous allons passer en revue les diverses indications de la Stérilisation, en puisant dans le rapport de Muret, qui a étudié cette question dans les moindres détails.

1° La tuberculose.

La Stérilisation a été proposée et exécutée très fréquemment, en Allemagne et dans d'autres pays, chez les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire,

* Rapport de MURET : *Gynécologie et Obstétrique*, tome XX, juillet-décembre 1929.

laryngée ou autre, soit dans le but de supprimer définitivement la gestation, l'accouchement et le post-partum, soit en vue d'éliminer la fonction ovarienne et de mettre ainsi les malades au bénéfice des modifications du métabolisme qui accompagnent la ménopause (Bumm, Bardeleben, Henkel, Bar et Brindeau).

Les indications de l'intervention dépendent naturellement du pronostic de la tuberculose accompagnée de grossesse, ainsi que du point de vue adopté par les accoucheurs et les médecins dans la question de l'interruption de la gestation au cours de cette maladie.

La stérilisation est certainement aujourd'hui pratiquée moins souvent en Allemagne que jadis dans le cas de tuberculose et l'on cherche évidemment à enrayer la fréquence excessive avec laquelle on a usé de cette intervention. Il est néanmoins intéressant de constater que, d'après les statistiques allemandes, la tuberculose demeure l'une des plus fréquentes, sinon la plus fréquente des indications de la Stérilisation.

Winter déclare que la Stérilisation n'entre en ligne de compte que dans les cas où l'interruption de la grossesse est justifiée ; il faut ajouter que la Stérilisation n'est certainement pas indiquée dans tous les cas où l'est l'autre opération. En effet, dans la plupart des cas, l'interruption de la gestation suppose la possibilité de la guérison de la tuberculose et n'est pratiquée que pour supprimer une cause momentanée d'aggravation et faciliter ainsi ou ne pas entraver le processus de la guérison, alors que la Stérilisation exclut par définition tout espoir d'amélioration suffisante pour permettre l'espoir d'une grossesse future.

Aussi l'indication de la stérilisation dans les cas de tuberculose doit-elle être pesée et examinée avec le plus grand soin, surtout chez les femmes jeunes. Les auteurs allemands les plus autorisés en la matière estiment que la stérilité est indiquée : 1° lorsque le cours de la maladie exclut complètement (Winter) ou avec la plus grande vraisemblance (Engelmann) la guérison, ou même un arrêt temporaire des lésions ; 2° lorsqu'un traitement approprié capable de déterminer la guérison ou une amélioration considérable du processus est inapplicable, étant donné les circonstances spéciales des cas ; 3° dans toutes les tuberculoses du larynx.

Engelmann ne pratique la stérilisation avec l'avortement que sur l'avis motivé d'un clinicien phtisologue, qui a suivi et observé la malade pendant un laps de temps suffisant. Pankow, dont les travaux sur la question des rapports de la tuberculose avec la gestation sont bien connus, estime que la stérilisation est indiquée, à titre exceptionnel, chez les tuberculeuses qui n'ont pas d'enfant, lorsque les intervalles entre les grossesses sont très courts et que chacune d'elles a donné lieu à une aggravation nécessitant l'avortement. Lorsqu'il y a, dans les mêmes conditions nosologiques, déjà des enfants, il se résoud plus facilement à la stérilisation, en partant du point de vue que la tuberculose est guérissable et que le pronostic en est amélioré par la suppression de toute nouvelle grossesse. Il ne la pratique d'ailleurs que s'il n'y a pas moyen de soigner la malade autrement.

2° Les cardiopathies.

Comme pour la tuberculose, les statistiques concernant l'influence du processus gravidique et de l'accouchement sur les affections du cœur sont extrêmement diverses; on admet cependant aujourd'hui, en général, que le pronostic des cardiopathies bien compensées est relativement bon, mais qu'il s'aggrave immédiatement beaucoup lorsque l'on voit apparaître pendant la gestation les troubles de compensation appelés gravido-cardiaques ou de l'asystolie prononcée. D'après Fromme, la mortalité des femmes enceintes ou accouchées souffrant de maladies de cœur serait de 11,4 % d'après Démelin, de 3,1 %, et d'après Champetier de Ribes, de 3,44 %; Winter parle de 2 à 3 % pour l'ensemble des cas et de 20 % pour ceux qui ont présenté des accidents au cours de la grossesse. La majorité des auteurs estiment que les complications apparaissent le plus fréquemment lorsqu'il s'agit de rétrécissement mitral ou aortique et de myocardite ou lorsque la maladie de cœur est accompagnée d'albuminurie, de cyphoscoliose ou d'une affection des voies respiratoires. En outre, le muscle cardiaque paraît être tout particulièrement éprouvé par le fait de plusieurs grossesses très rapprochées chez des femmes qui ne peuvent pas se soigner ou prendre du repos pendant les courts intervalles de répit. Les troubles graves peuvent surgir soit pendant la grossesse, surtout au cours des derniers mois, soit pendant le travail ou les suites de couches.

Il résulte de ces faits que la nécessité de l'avortement thérapeutique est généralement admise lorsqu'il

y a eu, même avant le début de la gestation, ou au cours de celles qui ont précédé, des troubles de compensation, ou lorsqu'ils apparaissent pendant les premiers mois, et cela surtout pour les affections de la mitrale et du myocarde, ainsi que pour les cas compliqués d'autres maladies. Comme les cardiopathies sont des affections chroniques, susceptibles d'améliorations plus ou moins durables, mais non de guérison complète, et qu'il faut avant tout éviter toute cause d'aggravation et de complication, telle que la grossesse dans les circonstances dont il vient d'être question, les indications de la stérilisation paraissent logiquement coïncider assez exactement avec celles de l'avortement thérapeutique (Kautsky). Aussi les deux interventions ont-elles été souvent pratiquées en même temps. Cependant, il peut être indiqué de stériliser les cardiaques par une opération faite *ad hoc* et indépendamment de l'interruption de la grossesse : c'est le cas lorsque les accidents se sont produits à la fin de la grossesse ou pendant le travail et les suites de couches, ou encore quand l'état de la malade est trop grave pour qu'elle puisse subir immédiatement l'opération supplémentaire.

La Stérilisation a été encore pratiquée à l'occasion de l'opération césarienne, qui a été préconisée chez certaines cardiaques pour leur éviter les fatigues de l'accouchement (Winter, Kautsky, Felluer, Tissier), et enfin, comme complément d'une intervention abdominale nécessitée pour d'autres motifs. Chez les femmes d'un certain âge et surtout chez celles qui souffrent de myocardite, la stérilisation par les rayons X

ou le radium a l'avantage sur les autres méthodes de supprimer le choc et le traumatisme opératoires, ainsi que les dangers de la narcose. Il importe, en outre, tout spécialement chez les cardiaques, de tenir compte de leurs conditions sociales, lorsqu'il s'agit d'établir l'indication de la stérilisation.

3° Néphrites chroniques.

Les néphrites chroniques sous leurs diverses formes, sans être nécessairement aggravées par la gestation (Tarnier, Pinard), peuvent donner lieu à des symptômes graves, très graves même, tels que : insuffisance du cœur, hypertension artérielle considérable et permanente, menaces d'urémie, rétinite albuminurique, fausses couches répétées ou mort habituelle du fœtus pendant la grossesse (Fehling, Martius, Budin, Seitz, etc...). Ces complications, qui sont une des causes les plus importantes et les plus urgentes de l'avortement thérapeutique, persistent parfois après l'accouchement ou, même sans cela, peuvent être la cause d'une aggravation sensible de la maladie et réapparaissent volontiers lors des grossesses suivantes. C'est dans ces conditions que la stérilisation est nettement indiquée et appelée à rendre des services véritables à ces malades (Fehling, Pankow, Sarweg et autres accoucheurs). L'influence néfaste bien connue de la néphrite chronique sur l'enfant contribue tout naturellement à faire accepter plus facilement la stérilisation définitive dans les cas de ce genre qui correspondent d'une manière tout à fait typique aux indications générales de cette intervention.

4° Les affections mentales et nerveuses.

La question de la stérilisation et de ses indications peut être envisagée dans les maladies mentales et nerveuses au point de vue purement médical et au point de vue eugénétique et social ; il est fort difficile de séparer complètement ces divers aspects du problème ; en effet, comme le fait remarquer Pankow, consciemment ou inconsciemment la valeur du produit de la conception joue toujours un rôle chez le médecin, comme chez la femme et son entourage, et c'est alors la question eugénétique qui se pose nécessairement.

Nous ne faisons que signaler ces faits, la rareté des observations empêchant toute déduction d'ordre général.

5° Anémie pernicieuse.

De l'avis de tous les auteurs, l'anémie pernicieuse est toujours aggravée par la grossesse, au point que, d'après Sacks, la mortalité s'élève à 70 %, et même, d'après Audertin, à 90 %. D'autres auteurs sont moins pessimistes et signalent plusieurs cas de guérison après la fin de la grossesse. Il est vrai que l'on ne comprend pas toujours sous le nom d'anémie pernicieuse la même entité morbide et qu'il y a, au point de vue de la pathogénie de cette affection, des divergences d'opinions sensibles. C'est ainsi qu'Audertin et d'autres la considèrent comme une auto-intoxication gravidique rare, très grave et justiciable de l'avortement thérapeutique, qui peut être suivi de guérison, s'il intervient de

bonne heure (Rivet). D'après Sacks, l'interruption de la grossesse abaisserait la mortalité à 59 %. Alder estime qu'il ne s'agit pas dans ces cas de la véritable anémie perniciose de Biermer, qui, d'après lui, exclut toute grossesse, mais bien d'anémies préexistant à la gestation et aggravées considérablement par elle; il les appelle des anémies gravidiques pseudo-perniciieuses.

Ces opinions et d'autres encore sont l'objet de discussions nombreuses. Quoi qu'il en soit, la plupart des savants affirment que cette affection ne récidive pas et que les cas guéris se comportent comme c'est en général le fait pour les intoxications de la grossesse, qui disparaissent complètement à la suite de l'accouchement (Esch, Winter). Winter et Hilgenberg déclarent que l'on ne connaît aucun cas de récurrence chez les malades qui ont survécu à la première grossesse; d'autres, au contraire, Reist en particulier, en admettent la possibilité, mais l'on en cite seulement deux ou trois exemples, publiés par Vermelin et Vigneul et par Signorelli, d'où il ressort de toute évidence que ce sont là des faits excessivement rares. Winter, conséquent avec sa manière d'envisager cette affection, ne l'admet pas comme donnant jamais l'indication de la stérilisation. Pankow, Engelmann et d'autres, par contre, estimant que l'avenir de celles qui n'ont pas succombé à la maladie est toujours douteux et précaire, conseillent d'éviter à tout prix une nouvelle gestation. Ils recommandent donc à ces malades les moyens préventifs et éventuellement la stérilisation. Lorsque leur état ne permet pas une inter-

vention opératoire — dans une observation de von Oettingen la laparotomie a été suivie d'un collapsus très grave — il est préférable de recourir aux rayons X.

Nous rapportons ces discussions, mais leur intérêt est très diminué actuellement du fait des résultats obtenus par la méthode du Whyle.

6° Misère physiologique.

Sous cette rubrique un peu vague, Muret comprend certains états graves d'épuisement nerveux et d'anémie chronique signalés en particulier par Kehrér. Krœnig, Hamm et d'autres, et qui se développent à la suite d'accouchements nombreux et répétés à intervalles très rapprochés, suivis souvent de périodes de lactation épuisantes. De pareilles indications ont pu paraître valables à l'étranger ; en France, elles ne sauraient être admises.

7° L'ostéomalacie.

Considérée comme une affection du système endocrinien, elle ne rentre pas dans les indications de la stérilisation. Il est vrai que cette affection débute fréquemment au cours d'une grossesse et qu'elle est généralement aggravée d'une manière progressive par chaque nouvelle gestation ; mais on sait aussi que, dans un très grand nombre de cas, estimés à 90 % par Fehling et Schmidt, la guérison définitive est obtenue par la castration ovarienne. Cette intervention détermine, il est vrai, la stérilisation, mais accessoire-

ment, et son indication réside dans le traitement spécifique de la maladie plutôt que dans la suppression de la conception.

On a encore préconisé et pratiqué la stérilisation dans un certain nombre de maladies, à titre exceptionnel, par exemple dans certains cas de diabète, de maladie de Basedow, dans l'otite scléreuse, le décollement de la rétine, etc... Il s'agit là de cas rares, pour lesquels il est impossible de poser des indications précises, mais qui peuvent donner lieu par leur gravité à l'avortement thérapeutique et, en cas de répétition ou d'aggravation progressive, à la stérilisation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme B..., registre infirmerie 1930, page 187, 23 ans.

Antécédents pathologiques : père et mère en bonne santé, une sœur en bonne santé.

Typhoïde légère à l'âge de 10 ans. A la suite, la malade n'a pas présenté d'albuminurie à ce moment.

PREMIÈRE GROSSESSE EN 1924.

Syndrome de pré-éclampsie au septième fois qui nécessite une hospitalisation à la Maternité. Malgré un traitement institué, la malade présente deux crises d'éclampsie typiques dix jours après son arrivée à l'hôpital. Elle accouche aussitôt, à sept mois et demi de grossesse, d'un enfant mort au début du travail du fait d'un décollement partiel du placenta. L'enfant pèse 1.560 grammes, le placenta en partie décollé pèse 270 grammes.

A la suite de cet accouchement, la malade, dont l'état général était bon, a présenté une albuminurie intermittente légère.

DEUXIÈME GROSSESSE EN 1928.

Dernières règles le 8 septembre 1928. Immédiatement on constate l'apparition d'une albuminurie légère.

Pas d'œdème.

Tension : 120/70.

Le 5 décembre, à deux mois et demi de grossesse, la malade expulse un œuf complet.

Wassermann négatif.

Dosage de l'urée dans le sang : 0,32 ‰.

La malade, à la suite de cet avortement, vient se montrer régulièrement dans le Service et on note :

7 janvier 1929 : albuminurie persistante ; tension : 130/70.

10 mars 1929 : albuminurie persistante ; tension : 140/70.

13 mai 1929 : albuminurie persistante ; tension : 140/80.

Examen cytologique des urines : présence de cylindres granuleux.

TROISIÈME GROSSESSE EN 1931.

La malade revient dans le Service le 27 mai 1931 parce qu'elle est enceinte. Dernières règles : 6 décembre 1930.

La malade n'est pas venue à la consultation plus tôt, mais elle vient aujourd'hui parce qu'elle présente des douleurs abdominales et qu'elle a remarqué l'apparition de légères pertes sanguines.

A l'examen : grossesse de cinq mois environ.
B. C. = 0.

Facies pâle et bouffi. Œdème assez dur au niveau des membres inférieurs remontant jusqu'aux genoux. Les mains sont également enflées.

Oligurie : urine trouble contenant 8 gr. d'albumine par litre.

Tension : 23/14.

Cœur : pointe dans le 5^e espace, léger souffle systolique se propageant dans l'aisselle.

Taux de l'urée dans le sang : 0,50 ‰.

Examen du fond d'œil (Docteur Paufigue) : nystagmus congénital dû à un trouble de la réfraction ; par ailleurs, examen négatif.

Wassermann négatif.

Le 29 mai, céphalée, troubles oculaires améliorés par une saignée de 300 gr.

Le 30 mai, expulsion spontanée d'un fœtus mort, délivrance spontanée.

Aussitôt après l'accouchement on constate une diminution rapide de l'albuminurie, dont le taux passe en quelques jours de 10 gr. à 1 gr. 50 ; la diurèse remonte, les œdèmes disparaissent et la tension artérielle s'abaisse progressivement à 20/13.

La malade quitte le Service le 11 juin : bon état, diurèse 1.300 gr., albuminurie 0 gr. 25, urée sanguine 0,45 ‰, tension 20/13.

QUATRIÈME GROSSESSE EN 1931.

Le 12 octobre 1931, la malade rentre dans le Service alors qu'elle est enceinte de un mois et demi. Dernières règles : 19 août 1931.

La malade dit se porter assez bien depuis sa précédente grossesse, mais l'albuminurie, qui avait presque disparu, a réapparu dès le début de cette grossesse.

A l'examen : facies coloré, mais légèrement bouffi ; pas d'œdème malléolaire net.

Examen du cœur négatif.

Albuminurie : 0,50 ‰.

Urée sanguine : 0,45 ‰.

Tension artérielle : 155/105.

Après mise en observation de quelques jours, l'albuminurie persistant malgré le régime, on note : étant donné que la malade n'a jamais conduit une grossesse à terme, que, chaque fois, elle a présenté des accidents alarmants et que, chaque fois, la grossesse a manifestement aggravé la néphrite chronique, on décide d'interrompre la gestation.

13 octobre 1931 : évacuation utérine en un temps. Suites simples.

21 octobre 1931 : la malade va nettement mieux. Albumine : nuage, mais tension : 180/120.

On conseille à la malade de revenir deux mois plus tard pour qu'on pratique la stérilisation.

CINQUIÈME GROSSESSE EN 1932.

La malade, qui avait été perdue de vue, rentre dans le Service le 2 novembre 1932 parce qu'elle était enceinte de deux mois et demi. Dernières règles : 17 septembre 1932.

Depuis la précédente grossesse, la malade avait maigri de 10 kilogs, mais se trouvait assez bien portante.

Les malaises ont réapparu depuis le début de cette cinquième grossesse et la malade se plaint de violentes céphalées.

Albuminurie : 0,25

Diurèse : 900 grammes.

Tension : 150/90.

Apparition d'œdème des membres inférieurs.

4 novembre : avortement thérapeutique. Suites simples.

A la sortie du Service, albuminurie persistante : 0,10; tension : 155/100.

Les céphalées ont disparu deux jours après l'avortement.

9 février 1933 : les signes sont inchangés et l'albumine persiste autant : 0,15; on décide de pratiquer une stérilisation.

12 février 1933 : stérilisation sous anesthésie générale à l'éthier, résection d'un fragment des trompes entre deux ligatures et enfouissement des deux moignons.

Suites simples.

Le 7 mars, la malade est revue : elle va bien : tension : 150/90.

Albuminurie : traces.

Urée sanguine : 0,35 ‰.

La malade est revue quatre ans plus tard ; les symptômes de néphrite chronique persistent, mais on constate en outre l'évolution d'une maladie de Basedow.

OBSERVATION II

Femme A..., registre n° II, page 215.

29 ans, quatrième geste, deux enfants vivants âgés de 11 et 12 ans.

Début apparent de la tuberculose pulmonaire en 1925, dans les mois qui suivirent son second accouchement.

Tuberculose fibro-caséuse à tendance faiblement évolutive. La malade se porte bien quand elle est à la montagne, mais une poussée évolutive se produit quand elle reprend sa vie active à Lyon.

TROISIÈME GROSSESSE EN 1932.

Dès le début de sa grossesse, la malade fait une poussée de tuberculose évolutive extrêmement nette. Elle est envoyée dans le Service par le médecin de son Dispensaire, qui demande à ce que la grossesse soit interrompue. La malade est montrée au Docteur Despeignes, qui conseille formellement l'intervention.

Avortement thérapeutique sans incident.

A la suite de cette intervention, les manifestations pulmonaires évolutives disparurent et la malade fut à nouveau stabilisée.

QUATRIÈME GROSSESSE EN 1935.

Au début, la malade, enceinte de un mois, présente des signes d'évolution pulmonaire, râles fins au sommet et petites hémoptysies. Sa température devient légèrement subfébrile. Elle perd 2 kilogs de poids en trois semaines. Le Docteur Despeignes, à qui la malade est montrée, dicte la note suivante : étant donné que la première grossesse a déterminé une poussée évolutive alors qu'un pneumothorax existait déjà depuis un an et demi et que dès le début de la deuxième gestation on note, bien que l'état général reste bon, la réapparition des phénomènes congestifs, il est indiqué d'intervenir à nouveau.

Le 14 décembre 1935 : mise en place d'une laminaire.

16 décembre : expulsion spontanée d'un œuf complet.

Suites simples.

La malade est revue le 21 janvier 1936 : l'état général est bon ; il existe un petit épanchement pleural et l'insufflation de pneumothorax n'a pu être pratiquée.

On conseille à la malade de revenir deux mois plus tard, de façon à ce qu'un examen complet puisse être pratiqué.

Le 5 mars 1936, la malade revient dans le Service, est montrée à nouveau au Docteur Despeignes. Celui-ci dicte la note suivante : à la suite du deuxième avortement thérapeutique, comme à la suite du premier, on a noté une bonne et rapide reprise de l'état

général. Localement on constate l'existence d'une poussée liquidienne transitoire qui ne modifie pas le pronostic. En somme, l'état pulmonaire de cette malade est stabilisée en dehors des périodes de grossesse.

Devant l'influence évidente de la gravidité prouvée à deux reprises chez une femme correctement surveillée et ayant par ailleurs deux enfants vivants, il paraît indiqué de pratiquer la stérilisation.

Le 14 mars 1936, intervention sous anesthésie générale à l'éther, résection des trompes en deux ligatures.

Suites très simples.

La malade, revue un mois après, va très bien à tous les points de vue et continue à se faire surveiller à son Dispensaire.

OBSERVATION III

Mme C..., 28 ans, entrée dans le Service au cours de sa deuxième grossesse pour albuminurie.

Antécédents : père et mère en bonne santé.

Maladies banales dans l'enfance. Scoliose rachitique assez marquée, s'étant manifestée vers la dixième année.

PREMIÈRE GROSSESSE EN 1934.

La grossesse paraît ne pas avoir été surveillée au cours des premiers mois. Au septième mois, crise d'éclampsie typique nécessitant l'hospitalisation dans le Service du Docteur Trillat à l'Hôtel-Dieu.

Accouchement spontané huit jours plus tard d'un enfant mort.

L'albuminurie persiste pendant plusieurs mois.

DEUXIÈME GROSSESSE EN 1936.

Dernières règles : 17 avril. Accouchement probable : 27 janvier.

Apparition de l'albuminurie le 20 octobre, à six mois de grossesse ; un traitement institué à cette époque n'a pas donné de résultat sensible et la malade

rentre à l'hôpital le 10 novembre, deux mois avant son terme.

Premier examen le 12 novembre :

Etat général assez bon œdème des malléoles ; état saburral des voies digestives avec foie augmenté de volume.

Au cœur : pointe dans le IV^e espace déviée en dedans de la ligne mamelonnaire ; tachycardie très marquée ; deuxième bruit violemment claqué à la base, pas de souffle.

Tension : 210/130.

Examen pulmonaire négatif.

Diurèse : 1.000 grammes.

Albuminurie : 3,50.

Urée sanguine : 0,72.

Au point de vue obstétrical : grossesse 7 mois ;
B.C. : +

En résumé, il s'agit d'une néphrite chronique, d'origine indéterminée et subissant, du fait de la grossesse, une poussée évolutive ayant débuté au sixième mois.

Il existe actuellement des signes de néphrite sub-aiguë avec hypertension et défaillance cardiaque.

Le traitement institué : repos, réduction de liquide, saignée, octansanol, produit en quelques jours une légère amélioration, surtout au point de vue de manifestation de défaillance cardiaque ; cependant, les signes restent très menaçants.

Le 16 novembre : diurèse, 1.700 gr.

tension, 190/120.

albuminurie, 16 gr. ‰.

urée, 0,62 ‰.

Examen de fond d'œil (Docteur Bonamour) : montre l'existence d'une rétinite bilatérale absolument typique avec œdème rétinien diffus et étendu, et nombreux exsudats surtout dans la région maculaire gauche ; on note aussi quelques suffusions hémorragiques surtout à droite. Ces lésions de fond d'œil traduisent l'évolution d'un processus général très grave.

Le 18 novembre on note une légère amélioration des signes subjectifs, en même temps que diminution du taux d'albuminurie et augmentation du taux de la diurèse.

Tension : est à 180/120.

Indice oscillométrique = 3.

Le 21 novembre, l'état de la malade paraît de nouveau aggravé ; en même temps, on note la disparition des bruits du cœur fœtal.

Le 25 novembre, l'enfant est mort in-utero depuis trois ou quatre jours ; on note une amélioration sensible de l'état général.

Diurèse : 1.700 grammes.

Poids : stationnaire.

Albuminurie : 1 gr. 900.

Urée sanguine : 0,43.

Tension : 205/135.

Examen de fond d'œil (Docteur Bonamour) : lésions de même nature que lors du premier examen ; pas d'amélioration ; au contraire, augmentation des exsudats et des hémorragies.

Le 28 novembre, un nouvel examen de fond d'œil est pratiqué, on note : l'œdème rétinien diffus paraît

en régression ; les exsudats sont mieux vus, leurs bords et leur coloration sont plus nets ; ils sont encore très abondants surtout dans la région maculaire et le long des gros vaisseaux ; la tension de l'artère centrale de la rétine est très élevée.

Le 2 décembre on note, depuis la mort du fœtus in-utéro, une amélioration progressive de l'état de la malade :

La diurèse quotidienne a augmenté pour se fixer à plus de 2.000 gr. ;

Les œdèmes ont disparu et le poids a diminué de 4 kg. ;

L'albuminurie se maintient au voisinage d'1 gr. ;

L'urée sanguine redevenue normale est trouvée à 0,19 ‰ ;

Néanmoins la tension artérielle reste élevée à 180/100 ;

Le régime est progressivement élargi et on cesse toute thérapeutique.

Le 5 décembre, état général satisfaisant :

Diurèse : 3.000.

Albuminurie : 0,80.

Tension : 170/130.

Dans le but de provoquer l'accouchement on pratique 5 injections de la Benzo-Gynestryl en 5 jours.

Le 9 décembre, expulsion spontanée d'un fœtus macéré.

A la suite de l'accouchement, l'amélioration de l'état général se poursuit et la tension se fixe à 160/100.

Examen du fond d'œil : la rétinite est en voie d'amélioration.

Le 22 décembre, la malade part, l'examen montre à ce moment :

Diurèse : 1.800.

Albuminurie : 0,75.

Pas d'œdèmes, poids de la malade : 40 kg. 900.

Tension artérielle : 160/105.

Urée sanguine : 0,20 ‰.

Examen cytologique : nombreux cylindres granuleux.

On conseille à la malade de venir dans un mois pour examen complet et stérilisation éventuelle.

Le 26 janvier 1937, la malade rentre à nouveau dans le service :

L'état général est bon.

Le poids est stationnaire.

L'examen du cœur est négatif.

Diurèse : 1500.

Albuminurie : 0,10.

Urée sanguine : 0,45.

Tension : 165/110.

Examen cytologique : on trouve des cellules épithéliales et de nombreux cylindres granuleux.

Examen du fond d'œil : tout autour de la région maculaire on voit encore de nombreux exsudats disséminés, petits, blancs, réfringents, et aussi quelques hémorragies. La tension de l'artère rétinienne : 80.

Les signes oculaires ont régressé, mais il reste néanmoins quelques points de rétinite.

En somme, l'état de la malade est actuellement

stabilisé, elle présente des signes de néphrite chronique analogues à ceux qu'elle devait présenter antérieurement.

Deux grossesses successives ayant montré que le fœtus mourait in-utéro, avant la période de viabilité certaine, et chacune de ces grossesses, et en particulier la dernière, paraissant avoir aggravé considérablement les lésions rénales, la malade ayant en outre présenté tant au point de vue général qu'au point de vue oculaire des accidents extrêmement impressionnants, on décide de pratiquer une stérilisation.

Le 31 janvier 1937, stérilisation (Pigeaud-Michon) :

Anesthésie locale de la paroi avec solution de scurocaïne à 1 %.

A travers une boutonnière, pratiquée dans le péritoine pariétal et de chaque côté de la ligne médiane, on fait passer l'extrémité abdominale de chacune des trompes. Résection partielle du pavillon et ligature extra-péritonéale des deux moignons tubaires. Ces deux moignons sont également fixés aux muscles abdominaux par un point au catgut. Fermeture de la paroi.

Suites parfaites, départ au 12^e jour.

Le 17 avril, deux mois après sa sortie de l'hôpital, la malade revient pour un examen complet.

Son état général est bon, elle a été normalement réglée, et n'a présenté aucune manifestation douloureuse dans la zone génitale. Examen gynécologique négatif.

Les signes de néphrite chronique avec hypertension persistent.

Albuminurie : 0 gr. 30.

Tension artérielle : 170/100.

OBSERVATION IV

Malade G... Registre 3. Page 265.

Malade envoyée par son médecin pour cardiopathie compliquée de grossesse.

Antécédents héréditaires : Père mort jeune de pleurésie ; Mère morte de la grippe en 1918.

Antécédents personnels : 38 ans (fille unique), pas de maladie dans l'enfance. Réglée à 15 ans normalement.

PREMIÈRE GROSSESSE 1920.

Pas d'antécédents, accouchement à terme d'une fille actuellement vivante.

DEUXIÈME GROSSESSE 1923.

Accouchement à terme d'un enfant actuellement vivant.

TROISIÈME GROSSESSE 1928.

Avortement à 5 mois.

AU POINT DE VUE DE LA MALADIE DE CŒUR :

La première crise de rhumatisme articulaire aigu est

notée en 1921, un mois après son premier accouchement. La malade ne peut dire si une atteinte cardiaque a été notée à ce moment.

La deuxième crise de rhumatisme articulaire aigu typique est notée après le deuxième accouchement en 1923. A ce moment une lésion cardiaque a été dépistée. Depuis, chaque hiver la malade présente régulièrement des angines qui s'accompagnent de douleurs polyarticulaires extrêmement nettes, sans gonflement notable au niveau des articulations.

Les signes fonctionnels de défaillance cardiaque ont fait leur apparition il y a 5 ans, en 1931. Depuis, la malade suit régulièrement un traitement : repos, digitaline, strophanthus.

Ces soins permettent à la malade de mener une existence sensiblement normale, à condition d'éviter le surmenage.

QUATRIÈME GROSSESSE 1937.

Dernières règles, 10 septembre. Accouchement probable, 20 juillet 1938.

A noter une petite hémoptysie au moment des premières règles manquantes.

La malade a été examinée à la consultation de grossesse, alors qu'elle était enceinte de 2 mois. A ce moment aucun signe particulièrement inquiétant n'avait été noté et on avait conseillé de laisser évoluer la grossesse.

La malade rentre dans le service le 26 janvier 1938. Elle est enceinte de 4 mois et demi et présente un état

inquiétant traduisant une défaillance myocardique aiguë.

Dyspnée intense, œdème des membres inférieurs et du tronc. Râles fins aux deux bases. Gros foie.

Albuminurie, oligurie.

Au cœur, pointe dans 6^e espace.

Arrythmie complète.

La radioscopie montre une dilatation considérable du ventricule gauche.

Le Docteur Froment examine la malade : cardiopathie mitrale rhumatismale avec fibrillation auriculaire et très gros cœur. La continuation de la grossesse fait courir des risques considérables à la mère et il est douteux que la grossesse évolue jusqu'au terme. Il existe une indication presque formelle d'interrompre la gestation malgré les risques que comporte l'intervention.

La malade étant en état grave et la grossesse étant déjà avancée de 4 mois et demi, l'avortement thérapeutique commanderait la mise en place d'une bougie destinée à déclancher le travail. Cette manœuvre n'aboutirait pas avant un certain temps et ferait courir des risques graves d'infection chez une femme asystolique, aussi le Professeur Voron conseille d'intervenir par voie haute, l'intervention devant en outre permettre de pratiquer une stérilisation.

Le 3 février 1938 (Pigeaud-Michon) :

Anesthésie locale de la paroi à la solution de scurocaïne à 1 % ;

Hystérotomie et évacuation utérine ;

Stérilisation par résection d'une portion de trompe

entre les deux ligatures et enfouissement des moignons ;

Les suites ont été troublées par l'évolution d'un processus infectieux se traduisant par une température irrégulière, sans symptômes de localisation ; état infectieux qui s'est prolongé pendant un mois et demi.

Cet état infectieux ne paraît pas avoir été en rapport avec une infection utérine, mais bien plutôt avoir été sous la dépendance du virus rhumatismal ; il n'a cédé qu'à l'administration de doses importantes de salicylate et d'antipyrine.

Au point de vue cardiaque, la malade s'est améliorée considérablement aussitôt après l'intervention. La dyspnée et les œdèmes ont diminué, la diurèse a augmenté pour dépasser 1.000 gr. au 4^e jour. L'arythmie complète a disparu.

Mais 25 jours après l'intervention, la malade se plaint à nouveau de palpitations douloureuses et l'arythmie réapparaît.

Le 2 mars, le Docteur Froment note :

A l'auscultation on retrouve les mêmes signes de fibrillation auriculaire, les signes de rétrécissement mitral ne sont pas modifiés, l'orthodiagramme est superposable à celui pratiqué avant l'intervention.

En somme, après une amélioration extrêmement nette, consécutive à une intervention, la malade présente une nouvelle poussée de sub-asystolie.

Le 15 mars : les signes cardiaques ont nettement

régressé et la malade se sent beaucoup mieux. Elle part chez elle où elle sera surveillée par son médecin.

A la date du 11 juin, nous prenons des nouvelles de cette malade. Elle va assez bien, mais est obligée de se reposer beaucoup.

IV

Les quatre observations rapportées ont été recueillies dans le service. Ces quatre malades ont été stérilisées parce qu'elles paraissaient menacées de graves accidents à l'occasion de grossesses ultérieures et qu'on ne voulait pas leur laisser courir ces risques.

L'observation I correspond à une femme atteinte de néphrite chronique, son histoire est extrêmement intéressante parce que nous avons pu la suivre au cours de cinq grossesses successives.

Au cours des premières grossesses nous avons assisté à l'aggravation de la néphrite chronique, tandis que le fœtus mourait spontanément in-utéro pendant les premiers mois. Lors des grossesses suivantes nous avons recouru à l'avortement thérapeutique afin d'éviter une nouvelle aggravation des lésions rénales. Nous avons enfin proposé et exécuté une stérilisation. Nous pouvons dire que, dans cette observation, la conduite adoptée a été impérieusement dictée par les événements.

Dans l'observation II, il s'agit d'une malade atteinte de tuberculose pulmonaire fibro-caséuse, qui, au cours de deux gestations successives, a fait, en coïncidence avec le début de la puerpéralité, une poussée évolutive. La stérilisation en pareil cas ne s'impose

évidemment pas ; et, il n'est pas douteux que si cette femme avait été plus jeune, si elle n'avait pas eu deux enfants vivants, si elle ne s'était pas occupée elle-même de son ménage, l'intervention n'aurait pas été proposée.

Des éléments de caractère social sont donc venus, dans une certaine mesure, peser sur la décision médicale.

Dans l'observation III, comme dans l'observation IV, l'indication de la stérilisation paraît absolue.

Dans l'observation III, il s'agit d'une néphrite chronique rapidement évolutive et ayant donné, au cours de deux grossesses successives, de graves accidents maternels tandis que le fœtus mourait in-utéro.

Dans l'observation IV, c'est au cours d'une hystérectomie pratiquée chez une femme en état de sub-astholie que la ligature de la trompe a été exécutée.

Dans tous les cas nous avons fait une intervention chirurgicale, car nous croyons que c'est le moyen le plus simple de réaliser une stérilisation.

Nous n'insisterons pas sur la stérilisation par les moyens biologiques, car les résultats obtenus ne paraissent pas confirmer les espoirs mis dans cette méthode lors des premières expériences.

Quant à la stérilisation par les agents physiques, nous croyons qu'elle est formellement contre-indiquée chez les femmes atteintes de néphrite chronique ou de cardiopathie, du fait de l'action de la castration sur l'appareil vasculaire.

Par contre, dans des cas exceptionnels où la stérilisation est indiquée chez les tuberculeuses, nous ne

voyons que des avantages à l'emploi des agents physiques.

Toutes nos malades ont eu des suites opératoires extrêmement simples. Nous signalons que, dans un cas, la stérilisation a été pratiquée en utilisant un procédé opératoire décrit par MM. Pigeaud et Michon à la Société d'Obstétrique et Gynécologie (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1937, p. 332).

Ce procédé consiste, opérant sous anesthésie locale et après laparotomie médiane à faire passer l'extrémité de chacune des trompes au travers d'une boutonnière pratiquée dans le péritoine pariétal de part et d'autre de la ligne médiane. Les deux pavillons sont partiellement réséqués, fixés l'un à l'autre sur cette ligne et de façon extra-péritonéale. Ces moignons tubaires sont ensuite fixés aux muscles par quelques points de suture et la paroi est reconstituée. Ce procédé est extrêmement simple. Son efficacité est certaine. Il réalise une sorte de fixation utérine et l'observation de notre malade nous a montré qu'au point de vue gynécologique il ne comportait aucun inconvénient.

CONCLUSIONS

Nous rapportons quatre observations de stérilisation pratiquée suivant des indications d'ordre médical à la clinique obstétricale.

Dans deux cas les malades étaient atteintes de néphrite chronique aggravée lors de gestations successives, le fœtus étant chaque fois mort in-utéro.

Dans un cas il s'est agi d'une femme présentant au début de la gestation des phénomènes d'asystolie progressive.

Dans un autre cas, enfin, la malade, tuberculeuse, avait présenté dès le début de deux grossesses successives une poussée pulmonaire évolutive.

Nous pensons que la stérilisation, qui ne doit être pratiquée que lorsque les indications sont formelles, est alors une bonne opération mettant les malades à l'abri de nouvelles complications gravidiques et leur permettant de mener une existence normale.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

VORON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Juin 1938.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. LIRONDELLE.



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° **42, QUAI GAILLETON, 42** °°

°° °° °° °° **LYON** °° °° °° °°



